

тканини, що, особливо за умов супровідної ГХ, призводить до прогресуючого фіброзування печінки та порушення її функцій.

КЛІНІЧНІ ТА ПАТОГЕНЕТИЧНІ ВІДМІННОСТІ СТАНУ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ХВОРИХ НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ, ОЖИРІННЯМ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ II СТ У ПОРІВНЯННІ ІЗ ІЗОЛЬОВАНИМ НАСГ

Плиска Т.І., Мандрик О.Є.

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці
plyska.tetiana@bsmu.edu.ua*

На сьогодні неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) є найпоширенішим хронічним захворюванням печінки, яке сягає у популяціях близько 10-25% випадків. Приблизно у 20% пацієнтів, які страждають на НАЖХП розвивається НАСГ, при цьому 10% з яких трансформується у цироз печінки(ЦП). Одним з провідних ланок патогенезу НАСГ є порушення вуглеводного обміну, що, також, дуже тісно пов'язані з інсулінорезистентністю (ІР) та метаболічним синдромом (МС). Важкість перебігу НАСГ ускладнюється наявністю коморбідності у порівнянні з ізольованими формами. З'ясування всіх зазначених особливостей є важливим для своєчасного та комплексного лікування пацієнтів.

Метою дослідження було з'ясування клінічних та патогенетичних особливостей перебігу НАСГ, толерантності до вуглеводів та інсулінорезистентності за коморбідності із ГХ II стадії у порівнянні з ізольованим перебігом НАСГ.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 120 хворих на НАСГ: з яких 60 хворих на НАСГ м'якої та помірної активності із ожирінням I ступеня (1 група), 60 хворих на НАСГ м'якої та помірної активності із коморбідним перебігом ГХ II стадії та ожирінням I ступеня (2 група). Для визначення залежності перебігу НАСГ від активності цитолітичного синдрому кожна група була поділена на 2 підгрупи пацієнтів: 1а – НАСГ м'якої активності, 1в – НАСГ помірної активності, 2а – НАСГ із ГХ м'якої активності, 2в – НАСГ із ГХ помірної активності, які були рандомізовані за віком, статтю, ступенем ожиріння та активністю цитолітичного синдрому. Середній вік пацієнтів склав $43,2 \pm 5,31$ років, чоловіків було 50, жінок 70 осіб. Ступінь компенсації вуглеводного обміну встановлювали оцінюючи інтенсивність МС та ІР у групах порівняння. Рівень постпрандіальної глікемії та показника ІР – НОМАІР у групах порівняння відрізнявся залежно від ступеня активності цитолітичного синдрому. У хворих 1а групи рівень глікемії через 2 год після навантаження глюкозою перевищував показник ПЗО на 16,7% ($p < 0,05$), 1в – на 25,3%, у той час як у хворих 2а групи вміст глюкози у крові перевищив показник у ПЗО на 32,7% ($p < 0,05$), 2в групи – на 43,3% ($p < 0,05$), що вказує на більш істотний рівень ІР із наявністю вірогідної міжгрупової різниці ($p < 0,05$). Вміст у крові

HbA1c до лікування у хворих 2-ї групи також був вірогідно підвищений у межах 18,0-22,7% ($p < 0,05$), однак не досягав показників, які б свідчили за наявність цукрового діабету, а у 1-й групі показник лише мав тенденцію до підвищення (10,0-14,3% $p > 0,05$). Вміст у крові інсуліну натще до лікування був вірогідно підвищеним в усіх групах спостереження, однак статистичної різниці показників у міжгруповому аспекті встановлено не було. Водночас, нами були зареєстровані вірогідні відмінності змін індексу IP – НОМА IR, який у хворих на НАСГ 2а групи перевищив показник у ПЗО у 3,2 раза, 2в групи – у 3,4 раза ($p < 0,05$), а у хворих 1-ї групи – відповідно перевищив нормативні у 2,7 та 2,8 раза ($p < 0,05$).

Висновок. Таким чином, коморбідний перебіг НАСГ із ожирінням та ГХ сприяє ранньому та більш інтенсивному розвитку порушення толерантності до вуглеводів, десенситизації інсулінових рецепторів та розвитку синдрому IP, на відміну від НАСГ без ГХ.

НОРМАЛІЗАЦІЯ СТАНУ ЕНДОТЕЛІЮ – ВАЖЛИВА ЛАНКА ЛІКУВАННЯ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ У ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ ТА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II СТАДІЇ

Косінський Е.І., Мандрик О.Є.

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці
kosinskiy.eduard@bsmu.edu.ua*

Неалкогольний стеатогепатит на сьогоднішній час є найчастішою причиною хронічної патології печінки в багатьох розвинених країнах. Відповідно до статистики, неалкогольний стеатогепатит уражає понад чверть дорослого населення. Дані численних досліджень лише підтверджують зростання захворювання на неалкогольний стеатогепатит у пацієнтів з ожирінням та гіпертонічною хворобою II стадії.

Мета дослідження: вивчити вплив комплексу засобів гепадифу, езетімібу (езетролу) та фозиду (фозиноприлу) на перебіг НАСГ, ГХ II стадії та ожиріння за їх коморбідності на стан ендотелію судин.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 100 хворих на НАСГ м'якої та помірної активності із коморбідним перебігом ГХ II стадії та ожирінням I ступеня. Для визначення ефективності лікування було сформовано 2 групи пацієнтів, які були рандомізовані віком, статтю, ступенем ожиріння, та активністю цитолітичного синдрому. Контрольна група (К) (50 осіб) отримувала гіпокалорійну дієту, метформін по 500 мг 2 рази на день для усунення проявів МС, есенціале Н у якості гепатопротекторного препарату (по 1 капсулі 3 рази в день), аторвастатин (аторкор) по 10 мг 1 раз на день – у якості гіполіпідемічного середника та еналаприлу малеат по 10 мг на добу під контролем АТ упродовж 30 днів. Основна група (О) (50 осіб) отримувала гіпокалорійну дієту, метформін по 500 мг 2 рази на день, гепадиф (Г) в якості гепатопротекторного препарату (по 1 капсулі 3 рази в день), езетіміб (Е) по 10